FOSSELIN, Ulysse

19 /
1882
(1883)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882 -83 **THÈSE** Année 1882

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 10 *novembre* 1882, *à* 1 *heure*

Par Ulysse GOSSELIN

Né à Bons-Tassilly (Calvados).

ETUDE

SUR LES

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE ET DU CANCER

Président : M. VERNEUIL, *professeur.*

Juges : MM. { TRÉLAT, *professeur*, MARCHAND, LANDOUZY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, Boulevard Saint-Michel, 52

1882 - 83

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.

Doyens honoraires : M. WURTZ. M. VULPIAN.

Professeurs honoraires :
MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GRANCHER	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOCQUILLON	HALLOPEAU	MARCHAND	REMY
BOUILLY	HANRIOT	MONOD	RENDU
BUDIN	HENNIGER	OLLIVIER	RICHELOT
BOURGOIN	HUMBERT	PEYROT	RICHET
CADIAT	JOFFROY	PINARD	STRAUS
DEBOVE	LANDOUZY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	DE LANESSAN	RAYMOND	TROISIER
GAY			

Chef des travaux anatomiques . . . . . FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES AMIS

A M. MORIÈRE

Doyen de la Faculté des Sciences de Caen

A M. DAMASCHINO

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de la reconnaissance la plus sincère.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Veuillez agréer, cher maître, l'hommage de ce modeste travail dont vous m'avez donné l'idée et croire à ma profonde reconnaissance.

ÉTUDE

SUR LES

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE

ET DU CANCER

INTRODUCTION ET EXPOSÉ DU SUJET

L'étude des diathèses est une des questions les plus importantes de la pathologie générale ; leurs manifestations sont tellement variées et en même temps si nombreuses, que c'est dans ces dernières années seulement, qu'on est arrivé à les grouper, et à considérer non-seulement la lésion elle-même dans ce qu'elle a d'essentiel, mais encore la cause qui la produit.

S'il est urgent de connaître les modifications anatomiques des tissus et des organes, de manière à les rattacher à un type bien défini, et à diviser en plusieurs classes distinctes les lésions pathologiques, il est certainement plus utile encore de déterminer l'origine de ces différentes altérations.

Ce n'est pas à dire qu'avec les données actuelles de la pathologie, on ait la prétention de connaître complètement les causes des maladies ; mais il est cependant possible de grouper plusieurs lésions anatomiques, qui résultent d'un état particulier de l'organisme, d'une diathèse. Telle a été

la préoccupation constante de Bazin, dont les divisions ont comme on le sait, éclairé d'un jour nouveau l'étude d'un grand nombre de maladies.

Malgré ses exagérations, sa classification n'en persiste pas moins, et tout le monde aujourd'hui admet le rôle de la syphilis et de l'arthritisme dans l'évolution des lésions.

L'étude des diathèses ne se borne pas seulement à la pathologie cutanée, et il suffit d'envisager d'un coup d'œil rapide un ordre particulier de productions pathologiques qui ressemblent beaucoup aux maladies de la peau, nous voulons parler des tumeurs, pour comprendre l'importance du rôle des diathèses dans le domaine de la pathologie générale. On doit à notre maître, M. le professeur Verneuil, d'avoir montré combien il est nécessaire de tenir compte de l'état général des malades dans l'étude des affections chirurgicales.

Personne n'ignore que les lésions les plus simples revêtent un caractère spécial chez les tuberculeux et les syphilitiques. On connaît les bubons strumeux succédant à une légère écorchure, on sait aussi que les altérations osseuses se guérissent beaucoup plus lentement chez les syphilitiques ; mais il est plus difficile de savoir quels sont les rapports que présente la symptomatologie de deux diathèses différentes existant, en même temps, chez le même sujet. La syphilis, en vertu de la facilité extrême avec laquelle elle s'inocule, a été souvent étudiée à ce point de vue. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question, et spécialement Ricord, ont indiqué la gravité toute particulière que les accidents syphilitiques présentent chez les tuberculeux.

Les rapports du cancer avec la tuberculose constituent

une étude beaucoup plus longue et plus difficile. Ils ont été relativement peu étudiés jusqu'ici, ce qui est dû très probablement au petit nombre d'observations concluantes, et aussi au peu d'attention que les cliniciens ont apporté dans l'étude des influences réciproques que les différentes diathèses exercent l'une vis-à-vis de l'autre.

D'après les conseils de notre vénéré maître, M. le professeur Verneuil, que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici publiquement de la sympathie qu'il nous a montrée lorsque nous avions l'honneur d'être son externe, nous avons choisi cette étude pour sujet de notre travail. Nous ne nous faisons aucune illusion, n'ayant aucunement la prétention de trancher définitivement un point encore si obscur, nous apportons modestement notre pierre à l'ouvrage. Si nous ne donnons pas de raisons absolument convaincantes pour appuyer notre manière de voir, nous aurons essayé du moins de la justifier par un grand nombre de faits, en nous abstenant, autant que possible, de toute interprétation prématurée.

Voici quel est le plan que nous avons adopté :

I. — Il y a-t-il coïncidence de la tuberculose et du cancer chez le même sujet ?

II. — Du cancer développé chez les phthisiques.

III. — De la tuberculose chez les cancéreux.

Que MM. Leclerc, interne des hôpitaux, aide d'anatomie, et Suchard, interne des hôpitaux, répétiteur au laboratoire d'histologie du collége de France, nos excellents amis, veuillent bien agréer nos sincères remerciements pour les conseils et les documents qu'ils nous ont donnés.

CHAPITRE I

COÏNCIDENCE DU TUBERCULE ET DU CANCER SUR LE MÊME INDIVIDU

Longtemps contestée, la coïncidence des deux affections tuberculeuse et cancéreuse sur le même sujet est maintenant admise presque universellement. Les progrès de l'anatomie pathologique d'une part, l'emploi raisonné du microscope de l'autre ont suffi pour faire justice des théories sur lesquelles se basaient les partisans de l'antagonisme. Néanmoins nous avons jugé utile de rapporter dans ce chapitre les opinions si diverses, souvent si fantaisistes qui ont été émises.

Les auteurs sont partagés en deux camps bien tranchés. Les uns, en effet, nient la coïncidence du tubercule et du cancer chez le même individu, les autres l'admettent, bien qu'en la considérant comme très-rare. Parmi les premiers, un des plus éminents est un professeur de l'école de Vienne, Rokitanski. Il prétendait il y a peu de temps encore que, la tuberculose et le cancer s'excluaient réciproquement, l'un cédant le terrain à l'autre, le plus fort faisant reculer le plus faible. On assista alors à une lutte fort vive entre les partisans des théories antagonistes qui se basaient sur des raisonnements, et ceux de la coïncidence qui, à l'appui de leur opinion, venaient apporter des observations indiscutables.

Voici comment Broca expose les théories de Rokitanski, c'est-à-dire les théories de l'antagonisme (1) :

« Il n'est pas commun de trouver des tubercules sur le cadavre des cancéreux. Le tubercule et le cancer peuvent se développer à toutes les époques ; mais tandis que le tubercule se montre le plus souvent dans les trente premières années de la vie, le cancer, au contraire, se montre surtout chez les individus qui ont dépassé cet âge. Voilà pourquoi la coïncidence de ces deux produits hétéromorphes ne se rencontre que rarement.

Au lieu de faire cette réflexion bien simple quelques auteurs allemands, appartenant pour la plupart à l'école de Vienne, ont prétendu que ces produits pathologiques avaient de la répulsion l'un pour l'autre. Le professeur Rokitanski est même allé jusqu'à poser une loi formelle d'antagonisme. Suivant lui, la maladie cancéreuse et la maladie tuberculeuse sont entièrement incompatibles. »

Ainsi formulée sans restriction cette loi causa une surprise générale ; chacun put bientôt y trouver des exceptions. Les partisans de l'antagonisme ne se découragèrent pas ; leur loi était ébranlée par des faits, ils l'étayèrent par des raisonnements, et la science s'enrichit de la théorie des crases.

Voici l'essence de cette théorie, qui semble empruntée à quelque mythologie orientale.

Tout homme est soumis à l'une des trois crases qui se partagent la domination de l'espèce humaine.

1. Broca. *Mémoires de l'Académie de médecine*, Tome XVI, p. 691-94.

Chaque crase imprime à ses nombreux sujets un cachet spécial qui est mis en évidence par la simple inspection du sang ; chacune d'elles a son cortège de maladies et s'oppose par de sévères lois d'antagonisme à l'importation des maladies environnantes. Douées d'un naturel ambitieux, les trois crases se disputent souvent la possession de notre organisme.

A la suite de ces révolutions, nous pouvons changer de souveraine et nous subissons alors la loi de la crase victorieuse. Or, il se trouve que le cancer et le tubercule ne dépendent pas de la même crase : l'un est, je crois, attaché à la crase albumine, tandis que l'autre relève de la crase fibrine. Nous pouvons donc, au gré de la destinée, être tuberculeux à une époque et devenir cancéreux à une autre époque, mais nous ne pouvons être simultanément la proie de ces deux maladies.

La théorie des crases ayant paru ridicule, on en donna une autre basée sur le dogme de l'*unité*. Le globule de tubercule et la cellule du cancer sont d'origine analogue, seulement le cancer est d'une formation plus avancée que le tubercule. Un état général moins prononcé dans celui-ci que dans celui-là, préside à ces deux ordres de formation.

Lorsque cet état est parvenu à un degré qui produit le tubercule, il peut, en s'avançant davantage, laisser développer le cancer, il ne permet plus la tuberculisation ; car tout ce qui dans d'autres circonstances deviendrait tubercule, se change alors forcément en élément cancéreux. Voilà pourquoi les tubercules ne mettent pas à l'abri du cancer tandis que le cancer a la propriété de préserver du tubercule.

Le cancer n'a même pas ce modeste avantage, ajoute Broca, et apportant des faits à l'appui de ses paroles, il combat ainsi la théorie de Rokitansky :

A des rêveries je répondrai par des faits.

Les tubercules sont loin d'être rares sur le cadavre des cancéreux. J'ai vu onze fois cette coïncidence sur un nombre de cas que je ne puis déterminer et que j'évalue à une centaine. Parmi ces cas, il en est six que je veux bien ne pas faire entrer en ligne de compte. Je laisse de côté tous les tubercules anciens qui pourraient s'être formés avant l'apparition du cancer. Je ne prends que les cas de tubercules crus, petits, de formation récente, et il me reste encore cinq observations de coïncidence. M. Lebert qui a régulièrement inscrit toutes les autopsies qu'il a faites, et qui a bien voulu me communiquer ses notes, a jusqu'ici constaté onze fois la présence de tubercules récents sur le cadavre de cent trente-six cancéreux ; je dois dire que plusieurs de mes observations se confondent avec les siennes, car nous avons fait ensemble un certain nombre d'autopsies. Je ne me servirai donc que des chiffres que je dois à l'obligeance de M. Lebert, et qui portent à 8 pour 100 la proportion de la coïncidence.

Depuis que la prétendue loi de l'*antagonisme* a été mise en doute, l'attention des observateurs s'est fixée sur ce sujet, et on ne manque guère aujourd'hui d'examiner les poumons lorsqu'on fait l'autopsie d'un cancéreux.

Chacun a donc rencontré un certain nombre de cas de coïncidence, et personne, que je sache, ne songe maintenant à en contester la possibilité.

Mais, les partisans de la loi ne se sont pas découragés ;

de ce qui était d'abord une question de possibilité, ils ont fait une question de fréquence, et j'ai entendu quelques-uns d'entre eux soutenir que, si le cancer ne préserve pas complètement de la tuberculisation, du moins il en diminue beaucoup les chances.

Les tubercules, disent-ils, entrent pour environ quinze pour cent dans la mortalité générale. Chez les malades qui succombent au cancer on ne trouve de tubercules que 8 fois sur 100 ; par conséquent, les cancéreux deviennent moins souvent tuberculeux que les autres individus.

Voilà où conduit la statistique, lorsqu'on la fait sans discernement. Pour le dire en passant, je ne suis point ennemi de la statistique, mais les sciences médicales lui ont dû, à côté de quelques résultats utiles, beaucoup de notions très fausses. Ici, par exemple, il semble évident que la présence d'un cancer diminue de moitié les chances de la tuberculisation. C'est une pure illusion. Ce qui préserve de tubercules un grand nombre de cancéreux, ce n'est pas leur cancer, c'est leur âge.

On pourrait se donner la satisfaction d'inventer des lois d'antagonisme aussi plausibles que la précédente. On pourrait dire avec autant de vérité que le cancer préserve de la rougeole, de la scarlatine, ou que le tubercule et la fracture du col du fémur s'excluent mutuellement. Certes, il ne serait pas difficile de fournir des chiffres à l'appui de ces nouvelles lois.

Le cancer est compatible avec toutes les maladies, avec toutes les productions accidentelles : lipômes, tumeurs fibreuses de l'utérus, hypertrophies mammaires, engorgements ganglionnaires simples, kystes hydatiques, etc.,

toutes ces lésions peuvent se rencontrer sur le cadavre d'un cancéreux ; elles n'ont pour le cancer ni affinité ni répulsion. »

C'est ainsi que s'exprime Broca. Nous sommes absolument de son avis lorsqu'il dit que le tubercule et le cancer peuvent se trouver réunis sur le même sujet ; par contre, nous espérons démontrer plus loin qu'il a tort en avançant que le cancer n'a ni affinité, ni répulsion pour la tuberculose.

Barth était loin de partager les opinions de Broca ; selon nous, il est bien près de la vérité, lorsque, à propos d'une communication faite à la Société d'anatomie, dans laquelle il relatait le cas d'un cancer de l'estomac où il n'avait pas pu trouver du tubercule, il s'exprimait ainsi : « Mon opinion formelle est celle-ci : il est extrêmement rare de voir les deux maladies marcher et se développer en même temps chez le même sujet, ce qui ne veut pas dire que, sur le même cadavre, on ne peut trouver à la fois du cancer et du tubercule. » En un mot l'opinion de Barth est celle-ci : le cancer ne préserve pas complètement de la tuberculose, mais il en diminue de beaucoup la fréquence.

Un autre auteur émérite, N. Guéneau de Mussy, vient se placer à côté de Barth. En parlant du cancer et de la tuberculose, il dit : (1) « Ces deux affections sont antagonistes, je crois, mais cet antagonisme ne va pas jusqu'à une incompatibilité absolue, comme quelques médecins l'avaient prétendu. Il est beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit de les trouver réunies chez le même sujet.

1. N. Guéneau de Mussy. *Cliniques* (Tome I, p. 155).

« On retrouve en général dans les ascendants ces deux diathèses. Une seule des deux cependant occupe en général la scène morbide, une seule évolue, l'autre reste pour ainsi dire à l'état embryonnaire sans se développer ; et c'est presque toujours alors le travail le plus actif, le plus vivant, et en même temps le plus facilement destructeur qui impose le silence à l'autre, le condamne à l'inertie, étouffe ses tendances expansives si prononcées quand il est seul. »

Dans un autre endroit il dit encore : « En général, quand une action morbide est fortement imprimée dans l'organisme, quand elle a modifié l'ensemble de la constitution, elle s'en empare, en quelque sorte, et la rend moins accessible aux autres actions du même ordre. Le travail nutritif fortement dévié dans une direction semble plus difficilement entraîné dans une autre voie anomale, c'est ce qui a fait remarquer que le cancer coïncidait rarement avec le tubercule. »

M. Paget cite un cas singulier, qui est parfaitement en rapport avec ce que dit N. G. de Mussy. Il s'agit d'une guérison presque complète d'un squirrhe coïncidant avec l'évolution de tubercules dans les poumons.

M. Croizet (1) donne à la théorie de N. G. de Mussy le nom *d'antagonisme mitigé*.

Bayle (2) admet également la coïncidence possible de la tuberculose et du cancer. Il le prouve bien nettement dans les réflexions dont il fait suivre deux observations de can-

1. Croizet. *Tuberculose et cancer*, (*thèse inaug. de Paris* 1875).
2. Bayle. *Phthisie pulmonaire*, p. 214.

cer avec tubercules. « Ainsi, dit-il, chez ce malade il y avait la dégénérescence tuberculeuse, la mélanose et l'inflammation. Ce seul exemple nous prouve combien sont futiles les théories d'après lesquelles on a prétendu que la plupart de ces maladies, étant de nature différente, ne pouvaient se trouver réunies chez le même individu ; on voit au contraire qu'elles coexistent quelquefois dans la même partie. Dans son livre intitulé : recherches sur la phthisie cancéreuse (1), il dit encore. « On rencontre très-souvent de la matière cancéreuse et de la matière tuberculeuse dans les cancers du foie, du poumon et de l'estomac. Ces faits paraissent détruire l'opinion que les tubercules étaient l'effet d'une prédominance acide et le cancer le résultat d'une prédominance alcaline, et qu'en conséquence ces deux affections ne se pourraient rencontrer sur le même individu. » Ainsi donc, Bayle admet la coïncidence, il se prononce catégoriquement.

Nous passerons maintenant à un auteur dont il est difficile de nier la compétence en pareille matière, Lebert. En 1850 à la Société anatomique il s'exprimait ainsi : « Les législateurs en pathologie perdent chaque jour du terrain ; la loi d'antagonisme entre le cancer et le tubercule est aujourd'hui abandonnée par tous les bons esprits ; j'ai été du reste un des premiers à la combattre à une époque où le professeur Rokitansky, de Vienne, la répandait dans les écoles d'Allemagne.

Un jour, un jeune médecin de Vienne se flatte de pouvoir diviser presque toutes les maladies en trois catégories,

1. Bayle. *Recherches sur la phthisie cancéreuse*, p. 315.

d'après le simple aspect du sang des cadavres, sans examen indéroscopique et sans analyse chimique. Ces trois catégories furent dotées par lui du nom de crases, il y eut donc une crase fibrineuse, une crase albumineuse, et une crase séreuse.

Cette découverte n'eût entraîné que de médiocres conséquences, si chacune de ces crases n'eût été douée d'un pouvoir absolu sur son domaine. Or, notre poétique auteur avait placé le tubercule dans la crase fibrineuse, et le cancer dans la crase albumineuse : dès lors le tubercule ne pouvait, sans violer les lois, faire invasion dans le champ du cancer, qui était d'une circonscription pathologique différente.

Ces deux maladies pouvaient exister dans le même corps à des époques diverses, mais jamais en même temps, ce qui eût constitué une anarchie manifeste. Voilà ce que la théorie avait prévu, ce que le génie avait déviné. Le professeur Rokitansky adopta les élucubrations de son élève, et la loi d'antagonisme fut mise au monde. Malheureusement c'était un avorton mort-né. L'observation est venue démontrer qu'il n'y avait entre le tubercule et le cancer aucune incompatibilité d'humeur. »

Dans son traité de physiologie pathologique, page 492, Lebert dit encore :

« On a prétendu que le cancer et le tubercule s'excluaient mutuellement, c'est faux. J'ai non-seulement rencontré un certain nombre de fois les deux maladies ensemble, mais j'ai même pu me convaincre que l'une n'arrêtait nullement l'autre dans sa marche. Nous citerons très en abrégé quel-

ques observations, dont nous donnerons plus tard les détails à l'occasion du cancer :

1° Enfant de 4 ans, atteint de tubercules cérébraux et pulmonaires, présentant des tumeurs encéphaloïdes dans le rein droit ;

2° Femme de 60 ans, tumeurs squirrheuses dans les glandes mammaires, le foie et les poumons. Tubercules ramollis au sommet gauche ;

3° Femme de 63 ans, tubercules à divers degrés, masses encéphaloïdes dans le péritoine ;

4° Femme de 55 ans, succombe à la cachexie cancéreuse, tumeur cancéreuse du médiastin. Infiltration du sommet des deux poumons par des granulations tuberculeuses. »

Dans un autre ouvrage (*Traité des maladies cancéreuses*) Lebert dit encore : « C'est dans l'école de Vienne qu'on a le plus insisté sur cette espèce de loi d'exclusion entre diverses maladies, et qu'on a surtout formulé l'incompatibilité entre le tubercule et le cancer, incompatibilité signalée du reste, par Bayle. D'un côté on se fondrait sur l'observation directe, d'un autre côté on y appliquait la théorie des crases . . . . . .
Nous ne réfuterons pas cette théorie, car nous n'avons pas l'habitude de combattre des ombres qui n'ont pas même la chance d'être un jour des revenants.

Quant à l'observation, la nôtre est contraire à cette loi d'exclusion. Nous abandonnons volontiers la coexistence du tubercule avec le cancer dans la même tumeur, et nous avons même longuement exposé les caractères du tissu que nous appelons phymatoïde, et qui ressemblant au tuber-

cule, n'est cependant qu'une infiltration granuleuse ou graisseuse, avec ou sans mélange fibrineux, offrant parfois un certain degré de dessèchement, mais étant toujours et primitivement de nature cancéreuse, et il est certain que le cancer ne peut pas devenir tubercule en se détériorant.

Nous avons eu soin dans toutes nos recherches, de distinguer le tubercule ancien, crétacé, desséché pour ainsi dire, de l'affection tuberculeuse récente se manifestant par des granulations grises ou jaunes, par du tubercule infiltré, cru ou ramolli, par des cavernes de date récente. Nous ne faisons nullement entrer en ligne de compte les tubercules anciens, car on sait aujourd'hui qu'on en trouve des traces dans toute espèce d'autopsie. Mais quant aux tubercules récents, nous n'allons évidemment pas trop loin en disant qu'on en rencontre assez souvent dans les affections cancéreuses, pour que nous ne puissions pas admettre cette incompatibilité. En voici quelques exemples : sur 45 autopsies de cancer utérin, nous avons trouvé 13 fois du tubercule, en général, dont cinq fois des tubercules évidemment anciens et guéris, cinq fois des tubercules de peu d'étendue et n'ayant pas les caractères certains de la date récente, mais trois fois des tubercules récents d'une manière nullement douteuse. Sur 34 autopsies de cancer du sein, nous avons trouvé 2 fois des tubercules récents. Sur 9 autopsies de cancer de l'œsophage, nous avons vu 2 cas de tubercules tout à fait récents. Sur 57 cas de cancer de l'estomac, nous avons trouvé 5 fois des tubercules anciens et 5 fois des tubercules évidemment récents.

Nous voyons donc ici la fréquence osciller entre un 5me et un 17me, et nous arrivons à la somme totale de 15 cas

de tubercules sur 173 autopsies, ce qui fait 8.16 pour 100, en éliminant les tubercules anciens. Mais en faisant encore une concession, en regardant cette fréquence plus grande comme dépendant de circonstances accidentelles, comme due à ce que nous avons recueilli la plupart de nos observations à Paris et dans les hôpitaux, où les tubercules sont très fréquents nous n'irons certainement pas trop loin en établissant comme règle générale qu'une tuberculisation récente et encore progressive se rencontre au moins dans un vingtième des cas chez des cancéreux ; car nos relevés fournissent même la proportion d'un douzième.

Or, lorsqu'on tient compte du fait que l'affection tuberculeuse est beaucoup plus fréquente pendant la jeunesse qu'à un âge plus avancé, qu'atteignant en moyenne un sixième des populations, ce sixième doit évidemment être réduit à un quinzième, un dix-huitième et même au-delà, pour ceux qui dépassent 40 ans, époque à laquelle le cancer devient très fréquent ; en tenant compte, disons-nous, de ce fait, les cancéreux nous paraissent tout aussi disposés à devenir tuberculeux que les individus du même âge qui ne sont pas atteints de cancer. Seulement il nous a semblé que les cancéreux devenaient bien plus facilement tuberculeux que les phthisiques ne devenaient cancéreux, cas en effet fort rare, et dont nous n'avons pas encore observé d'exemple. »

L'opinion de Lebert est, comme on le voit, bien formelle, certes, une autorité aussi grande que la sienne n'est pas facilement contestée. Il admet sans aucune restriction la coïncidence possible, il cite, d'ailleurs, de nombreuses preuves à l'appui de cette manière de voir.

Bien peu de temps après Lebert, Cruveilhier écrivait (1) : « Il n'existe aucune espèce de rapports ni directs, ni indirects entre les tubercules strumeux et le cancer ; ces deux altérations peuvent coexister chez le même sujet sans exercer l'une sur l'autre la moindre influence. L'époque de la vie à laquelle apparaît la tuberculisation strumeuse, contraste d'une manière frappante avec celle à laquelle apparaît le cancer qui survient généralement à une époque de la vie beaucoup plus avancée. J'admets donc que les tubercules strumeux peuvent exister aux poumons, en même temps que le cancer existe à la mamelle ou à l'utérus. Les tubercules strumeux et le cancer ne s'excluent pas plus l'un l'autre que la suppuration et le cancer.

J'ajouterai que je n'ai jamais vu la maladie cancéreuse et la tuberculisation strumeuse marcher simultanément, car ces deux lésions n'appartiennent pas à la même époque de la vie et, en général, la maladie tuberculeuse était depuis longtemps enrayée et terminée lorsque survenait la maladie cancéreuse. »

L'opinion d'un homme aussi compétent que Cruveilhier, dispense de tout commentaire.

Nous allons maintenant rapporter les opinions de Béhier (2) ; elles nous donneront encore un solide argument en faveur de la coïncidence, argument qui prend même une valeur plus grande, en ce sens, que M. Ch. Robin a fait l'analyse microscopique des lésions révélées par les autopsies.

1. Cruveilhier. *Anatamie path.* Tome V.
2. Béhier. *Conférences cliniques.*

Dans ses cliniques médicales, Béhier s'exprime ainsi : « Dans quelques faits, rares du reste, la communication œsophago-pulmonaire reconnaissait une origine double, un cancer d'un côté, du tubercule ramolli d'autre part, l'ulcération procédant à la fois des deux organes. Dans les cas de ce genre, il y a, comme vous le voyez, deux diathèses coexistantes ; elles ont marché de front, sans que l'une étouffât l'autre. M. Lebert a signalé cette particularité, qu'il semble considérer comme plus fréquente dans le cancer de l'œsophage que dans celui de tout autre organe. J'insiste du reste, sur la coincïdence de ces deux états diathésiques parce qu'une telle coïncidence n'est pas assez généralement connue. Il y a peu de temps encore que je voyais repousser la possibilité de cette complication d'une diathèse par une autre. La personne qui affirmait ce point de pathologie se fondait surtout sur ce qu'une diathèse exprimant en quelque sorte la possession tout entière de l'économie par une même cause, il n'y avait pas place pour deux possessions de ce genre dans une seule organisation.

Les faits démentent positivement ces idées théoriques et prouvent une fois de plus, qu'on abuse beaucoup trop depuis quelques années, du mot diathèse, et qu'on a tort de désigner par là une cause pathologique qui serait, en quelque sorte, maîtresse absolue de l'économie sur laquelle elle manifeste son action. Les cas ne sont pas rares dans lesquels une lésion tuberculeuse et une lésion cancéreuse ont marché de front.

Je pourrais vous citer plusieurs observations de ce genre. Le malade à propos duquel était soutenue la négative que

je vous rappelais tout à l'heure, offrait, comme nous avons pu le constater, un cancer de l'estomac et des cavernes pulmonaires tuberculeuses, la vérification histologique des deux lésions a été faite par M. Robin, si compétent en pareille matière. »

De son côté M. Burdel (de Vierzon) a étudié la question des rapports de la tuberculose et du cancer. Il pense qu'il doit y avoir une relation d'hérédité du cancer au tubercule. En étudiant dans sa pratique l'hérédité de la phthisie pour bon nombre de ses malades, il fut frappé du fait suivant : Des parents en apparence pleins de vie et de santé, perdaient successivement la plupart de leurs enfants, quelquefois tous, de tuberculisation méningée, pulmonaire ou abdominale. Les ascendants du père et de la mère n'avaient pas été affectés de cette maladie, cependant le nombre des enfants atteints excluait l'idée du développement de la maladie sous des influences accidentelles.

Les années se succédant les mêmes faits se renouvelèrent, mais alors il put constater que quelques-uns de ces parents, que 10 ou 15 ans auparavant, il avait vus sains et robustes succombaient à des affections cancéreuses et comptaient quelquefois des cancéreux parmi leurs ascendants et leurs collatéraux.

Dès lors, la pensée lui vint, confirmée par des observations de plus en plus nombreuses, qu'une lignée cancéreuse pouvait être la souche d'une postérité tuberculeuse.

M. Burdel a constaté ces faits dans plus de cent familles, pendant 27 ans de pratique médicale.

Selon M. Burdel, le cancer transmet presque aussi souvent la phthisie que la phthisie se transmet par elle-même.

La différence qu'il a pu constater est de 60 à 80 pour 100. Les affections chroniques autres que le cancer peuvent bien aussi produire la phthisie dans la génération qui succède ; mais tandis que sur 100 parents cancéreux il a vu 75 fois le tubercule atteindre les enfants, il n'a vu que 15 fois sur 100 le tubercule naître d'autres affections. Parmi celles-ci, il en serait une qui se recommanderait tout d'abord à l'examen, c'est la fièvre intermittente.

Le cancer vient donc immédiatement après la phthisie, si ce n'est sur la même ligne, par sa puissance à produire le tubercule sur les générations suivantes.

C'est ainsi que sur les 100 familles qui ont fourni les observations de M. Burdel, 27 affectées de cancer ont produit par hérédité directe ou secondaire 237 tuberculeux.

Les faits rapportés par M. Burdel sont exacts, sa compétence clinique est irrécusable, la critique ne peut porter que sur les déductions.

M. Vigla dit en parlant des idées de M. Burdel : « La présomption d'influence invoquée sur la proportion infiniment plus considérable de tuberculeux fournie par les familles cancéreuses, celles tuberculeuses exceptées, n'est pas à l'abri d'objections. Toute dégénérescence suppose un affaiblissement ou une déviation de la nutrition dont le principe remonte quelquefois à plusieurs générations. »

Pour l'instant nous n'ajoutons pas de commentaires aux théories émises par M. Burdel, nous réservant d'en parler plus loin.

Brinton (1) ne se prononce pas, peut-être penche-t-il un

1. Brinton. *Mal. de l'estomac.*

peu en faveur de l'opinion de Rokitanski. Il fait deux objections aux partisans de la coïncidence : 1° Les tubercules observés sont anciens ; 2° La plupart des lésions pulmonaires prises pour des tubercules ne sont autres que des cancers secondaires.

Sa première objection est évidemment fausse. La seconde a bien son importance, souvent, en effet, on a dû confondre des produits néoplasiques avec d'autres d'origine tuberculeuse. Dans certains cas, la vue simple est insuffisante pour les différencier.

Beaumès (1), dans son traité des diathèses n'hésite pas à se prononcer en faveur de la coïncidence. Deux ou plusieurs diathèses, dit-il, peuvent-elles exister à la fois chez le même individu ? L'évidence des faits résout cette question par l'affirmative, d'abord pour les diathèses d'ensemble, dont les principales sont les diathèses inflammatoire, scrofuleuse, cancéreuse, mélanie, tuberculeuse, scorbutique, rhumatismale, etc. Mais tout en admettant la coexistence, il avait bien vu qu'elle était rare, car il s'exprime ainsi : « Il est rare de voir coïncider la diathèse tuberculeuse avec la diathèse cancéreuse. »

Dans son traité de pathologie générale, Monneret fait le parallèle entre le cancer et le tubercule, il dit : « Ces deux maladies sont loin de se repousser, toutefois elles se rencontrent rarement ensemble, parce que leur maximum de fréquence n'a pas lieu aux mêmes époques de la vie. C'est entre 15 et 30 que le tubercule se montre avec le plus de fréquence ; le cancer ne paraît guère avant 30

1. Baumès. *Précis des diathèses*, p. 101-102.

ans et plus. Nous avons rencontré dans 4 cas les cachexies cancéreuse et tuberculeuse réunies. Les produits morbides des deux affections se côtoyaient dans un grand nombre d'organes chez ces 4 malades. »

Bazin (1) et Hardy (2) disent peu de chose de la question. Le cancer pour eux est une manifestation de l'herpétisme.

Diettrich sur 150 cas de carcinome n'a observé qu'une fois la tuberculose ; ces faits tendent à démontrer la rareté de la coïncidence.

Pour C. Moore, on trouverait sur les cadavres des cancéreux des traces de phthisie dans la proportion de 34 pour 100.

Perroud fait remarquer que chez la plupart des cancéreux atteints de tuberculose les dépôts tuberculeux ont eu une marche très lente, dès lors n'est-il pas permis de croire que les tubercules aient été purement de cause locale et ne suffisent pas pour bien préciser la diathèse tuberculeuse et sa coexistence avec la diathèse cancéreuse?

Gouin en parcourant les bulletins de la Société anatomique, a trouvé sur 287 cas de cancer 42 fois des tubercules.

Peter, dans son travail sur la tuberculisation générale, cite deux cas où, à la suite de rétrécissement œsophagien de nature néoplasique, la phthisie se développa.

M. A. Heurtaux, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, s'exprime ainsi : « On a dit qu'il y avait antagonisme entre les diathèses cancé-

1. Bazin. *Cliniques.*
2. Hardy. *Cliniques.*

reuse et tuberculeuse. Trop de faits démontrent la coexistence possible des deux maladies pour qu'on soit autorisé à admettre un antagonisme réel, et si cette coexistence est rare, cela vient peut-être, comme le dit Broca, de ce que le cancer et le tubercule n'ont pas leur maximum de fréquence aux mêmes âges. La diathèse tuberculeuse a frappé ses victimes à un âge où le cancer n'est pas encore très commun. »

Dans une thèse publiée en Allemagne par M. Carl Martins, on trouve un certain nombre d'observations où la coïncidence existe.

Notre savant maître, M. Damaschino, est également partisan de la coïncidence. Que le cancer, dit-il, n'empêche pas le développement de la tuberculose, c'est un fait actuellement démontré. Goodwin, en Angleterre, a publié à cet égard des observations concluantes. Il se demande si entre ces faits il n'y a qu'une simple coïncidence, si on ne peut pas y voir un rapport de causalité ? Il serait tenté de le croire et même de l'assurer si des recherches ultérieures venaient confirmer les résultats annoncés par M. Burdel (de Vierzon).

M. G. Sée est partisan de la coïncidence, il dit en effet en montrant un malade atteint de cancer utérin et de tuberculose : « Vous voyez là un de ces cas, qui viennent donner un démenti formel aux idées théoriques que beaucoup d'auteurs ont émises au sujet des rapports du tubercule avec le cancer. »

M. Landouzy est absolument du même avis, et nous l'avons entendu dans une de ses cliniques s'élever fortement contre ceux qui prétendent que la coïncidence n'existe pas.

Plusieurs thèses ont été faites dans ces dernières années sur les rapports du tubercule et du cancer, nous citerons celles de MM. Croizet, Picard et Le Goupils; il résulte des observations qu'ils publient que la coïncidence se montre quelquefois.

Après avoir vu les faits que les antagonistes de la coïncidence apportent à l'appui de leur thèse, après les avoir comparés à ceux de leurs adversaires, nous ne pensons pas qu'il puisse rester quelques doutes dans l'esprit. La coïncidence existe, et aujourd'hui celui qui voudrait la nier se heurterait à des obstacles qu'il ne pourrait certainement pas franchir.

CHAPITRE II

DU CANCER DÉVELOPPÉ CHEZ LES TUBERCULEUX

Le cancer ne se développe pas chez les tuberculeux ; parmi les nombreux cas de cancer que nous avons observés, nous n'avons pu en rencontrer aucun exemple.

Ceux qui admettent une opinion contraire se fondent sur des observations sans autopsie, par conséquent ils émettent une idée sans l'étayer, ils parlent, mais ne raisonnent pas. En pathologie générale, surtout, il ne suffit pas d'avancer un fait, il faut apporter des preuves à l'appui. Voici une observation publiée par M. Burdel (de Vierzon) ; elle est considérée par quelques personnes comme démontrant d'une manière irrécusable que le cancer peut se développer chez les individus en puissance de tubercules.

Observation

Un homme de 54 ans a été atteint il y a dix ans d'une bronchite grave, laquelle, passée à l'état chronique, donnait à l'auscultation tous les signes physiques d'une tuberculisation siégeant au sommet du poumon droit. Cette affection cependant, grâce à d'excellents soins, s'améliora au point de faire croire à une guérison complète, si au retour de chaque fin d'automne et à l'hiver, il n'était survenu chaque année de nouveaux accidents : fièvre, bronchite plus aiguë, etc. Bref cet état dura dix ans sans trop s'aggraver lorsque, pendant l'au-

tomne dernier (1871) les accidents du côté de la poitrine semblèrent céder et diminuer pour faire place à une douleur épigastrique des plus vives, dyspepsie, vomissements, pyrosis, etc. A la palpation et à la percussion de cette région douloureuse, je pus constater un plancher dur, résistant qui donne à penser qu'une affection organique vers l'estomac va se déclarer (février 1872).

Les troubles épigastriques signalés, il y a six mois, n'ont fait qu'augmenter ; le sieur S..., est aujourd'hui d'une maigreur squelettique, l'alimentation est pour ainsi dire nulle, les vomissements sont presque continuels, caractérisés par un magma couleur marc de café.

Du côté de la poitrine, les accidents sont pour ainsi dire restés stationnaires, l'expectoration autrefois si abondante est rare aujourd'hui ; cependant on peut constater l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit, mais avec de très rares gargouillements et des râles muqueux très secs.

Enfin le sieur S..., est aujourd'hui presque mourant.

Nous nous demandons si réellement on peut se baser sur une observation non suivie d'autopsie pour poser une loi générale. Agir ainsi nous paraît être du parti-pris. Où sont, en effet, les preuves manifestes de la tuberculose ? On parle d'une bronchite grave qui passe à l'état chronique, et qui s'accompagne des signes physiques de la tuberculisation. Ce sont des mots que tout cela, rien de plus ; quels étaient ces signes physiques ? Il y a des maladies qui peuvent simuler, à s'y méprendre, la tuberculose ; il nous suffira de citer la dilatation des bronches, qui aussi s'accompagne souvent de symptômes généraux, tels que fièvre, phénomènes de bronchite etc.

Plus tard, on put constater l'existence d'une caverne. Encore une fois nous demandons une preuve ; la maladie

que nous citions tout à l'heure, elle aussi, présente quelquefois, à l'auscultation et à la percussion, les symptômes d'une cavité creusée aux dépens du tissu pulmonaire. Que la cavité, dit M. le professeur Jaccoud, résulte d'une fonte tuberculeuse, d'une dilatation bronchique, de l'évacuation d'un abcès, d'un foyer sanguin ou de l'élimination d'une eschare, ces signes sont toujours les mêmes. Il ajoute plus loin : les signes physiques de la dilatation sacciforme ne peuvent aider au diagnostic différentiel de cette lésion et des cavernes tuberculeuses.

D'un autre côté, où sont les preuves directes que le malade était atteint de cancer de l'estomac ? Nous avouons ne pas les voir. Il ne faut pas faire donner à une observation plus qu'elle ne le peut, on s'expose en agissant ainsi à trop de mécomptes.

Parmi les nombreux auteurs que nous avons cités dans le chapitre précédent, Lebert seul a parlé du cancer chez les phthisiques, mais pour dire : « Il nous a semblé que les cancéreux devenaient bien plus facilement tuberculeux que les phthisiques ne devenaient cancéreux, c'est un cas fort rare, et dont nous n'avons pas encore observé d'exemples. » Ces paroles dans la bouche de Lebert ont une valeur toute spéciale.

Chez les cancéreux assez nombreux que nous avons examinés, une centaine environ, nous n'avons pu découvrir aucune trace de tuberculose parmi leurs ascendants, tous étaient nés de parents forts et vigoureux ; ce n'est pas le tubercule que nous avons trouvé, mais l'arthritisme, apanage autrement noble ; les observations que nous publions plus loin en font foi.

Dans les observations, où on relate la coïncidence du tubercule et du cancer, nous n'avons rencontré que bien rarement des tubercules en train de subir le ramollissement, bien plus rarement encore des cavernes ; mais au contraire presque toujours des tubercules crus, récents.

D'autre part, le cancer ne détermine la mort des malades qu'au bout d'un temps qui varie de un an à deux ans, en moyenne ; les tubercules placés dans un terrain particulièrement préparé pour faciliter une prompte évolution, devraient arriver en fort peu de temps au stade de ramollissement. Cependant, si nous jetons un coup d'œil sur les nombreuses pièces qui ont été présentées à la Société anatomique, nous constatons qu'il n'en est rien ; nous ne pouvons donc admettre que les malades étaient tuberculeux avant d'être la proie de la néoplasie cancéreuse. M. N. Guéneau de Mussy a bien prétendu que le cancer arrêtait le tubercule dans son évolution ; mais comme il s'agit d'une assertion sans preuve on doit la considérer comme non avenue.

Non certainement, le cancer ne peut pas arrêter l'évolution tuberculeuse, il serait bien plus logique d'admettre qu'il la favoriserait au contraire, n'apporte-t-il pas une nouvelle atteinte à la vitalité de l'organisme qu'il envahit ! n'est-il pas un nouvel élément de débilitation !

Voici une série d'observations, qui toutes sont en faveur de la tèse que nous soutenons : c'est-à-dire qu'un individu cancéreux n'a pas d'antécédents héréditaires directs de tuberculose. On peut nous objecter qu'il est fort difficile de se renseigner sur les antécédents d'un malade, c'est vrai, aussi nous ne voulons pas attacher à nos observations plus

de valeur qu'elles n'en ont réellement. Néanmoins nous nous sommes placé dans les conditions qui nous ont paru les meilleures, pour avoir des notions exactes, nous avons soigneusement interrogé les malades, et dans bon nombre de cas nous connaissons leur famille.

Un certain nombre de ces observations sont accompagnées de l'examen nécroscopique ; en même temps qu'elles renseigneront sur les antécédents des cancéreux, elles pourront servir également à démontrer la réalité de la coïncidence possible du tubercule et du cancer sur un même sujet.

Observation I

Cancer de l'estomac.

J..., Céline, 53 ans, ménagère.

Père mort à 61 ans d'hémorrhagie cérébrale. Il était goutteux.

Mère morte à 22 ans d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Pas de frères, pas de sœurs.

Pas d'antécédents personnels.

Pas de tubercules à l'autopsie.

Observation II

Cancer de l'œsophage.

A..., F., 52 ans, peintre.

Père vivant et bien portant.

Mère morte de fièvre typhoïde.

Pas d'antécédents personnels.

Pas d'accidents scrofuleux dans la jeunesse.

A l'autopsie on trouve un certain nombre de tubercules crus au sommet gauche.

Observation III.

Anatole Serger, 40 ans, boulanger. Cancer du pylore. Trois attaques de rhumatisme antérieures.

Père alcoolique, vit.

Mère morte de cancer utérin.

Pas de traces de scrofule.

Autopsie. — Cœur hypertrophié. Pas de tubercules dans les organes.

Observation IV.

Victor Néfour, 48 ans, mécanicien. Cancer du rectum.

Père vit.

Mère morte de péritonite.

Un frère, rhumatisant.

Pas de traces de scrofule.

Autopsie. — Prostate envahie par le cancer. Pas de tubercules. Légères adhérences à la base du poumon droit.

Observation V.

Clémentine Poupinel, 50 ans, ménagère. Cancer de l' S iliaque.

Père mort de maladie du cœur.

Mère morte de pneumonie.

Trois enfants, bien portants. Pas de scrofule.

Autopsie. — Quelques tubercules crus dans les poumons, mais pas de tubercules ramollis. Les autres viscères n'ont pas de tubercules.

Observation VI

Ernestine Suiger, 50 ans, fourreuse. Cancer de l'utérus.
Père vivant, non scrofuleux.
Mère morte de cancer utérin.
Deux enfants bien portants.
Autopsie. — Poumons sains. Pas de traces de tubercules dans les organes.

Observation VIII

Pierre Zinka, 49 ans, polisseur sur métaux. Cancer du rein droit.
Père mort albuminurique.
Mère morte de tumeur abdominale de nature non déterminée.
Pas d'antécédents scrofuleux.
Autopsie. — Cancer étendu au foie. Pas de traces de tuberculose.

Observation IX

Pauline Viallet, 35 ans, cuisinière. Cancer de l'épiploon.
Père inconnu.
Mère morte de maladie inconnue.
Antécédents scrofuleux nuls.
Autopsie. — Pas de traces de tubercules.

Observation X

Joséphine Lenoir, 50 ans, corsetière. Cancer du sein.
Père mort alcoolique.
Mère vit. Pas d'antécédents scrofuleux.
Autopsie. — Quelques tubercules crus au sommet droit.

Observation XI

Juliette Aubry, 49 ans, modiste. Cancer de la vulve. Morte cachectique, subitement, par embolie pulmonaire.

Père mort hydropique.

Mère morte de maladie inconnue.

Quatre enfants, tous bien portants, sans traces de scrofule.

Autopsie. — Cancer du vagin par propagation. Aucune trace de tubercules anciens. Quelques tubercules crus aux deux sommets.

Observation XII

Jeanne Ody, 61 ans, marchande de vins. Cancer des deux seins.

Père inconnu.

Mère morte de cancer de l'utérus.

Pas de traces de scrofule.

Autopsie. — Pleurésie cancéreuse, non hémorrhagique. Poumons sains. Pas de tubercules dans les autres organes.

Observation XIII

Léontine Beuzelin, 59 ans, marchande des quatre saisons. Cancer du foie.

Père mort d'hémorrhagie cérébrale.

Mère morte de pneumonie. Goutteuse.

Trois enfants arthritiques, non scrofuleux.

Autopsie. — Ganglions bronchiques et mésentériques très gros, mais pas de traces de tubercules.

Observation XIV

Charlotte V..., 27 ans, femme de chambre. Cancer de l'utérus.
Père diabétique.
Mère rhumatisante et cardiaque.
Deux frères non scrofuleux.
Autopsie. — Pas de tubercules. Petit kyste gros comme une noix à l'ovaire gauche.

Observation XV

Jules Lartal, 53 ans, cuisinier. Cancer de la langue. Opéré il y a six mois. Récidive.
Père inconnu.
Mère morte on ne sait de quoi.
Autopsie. — Cancer étendu au pharynx et l'œsophage. Aucun tubercule. Prostate hypertrophiée, mais sans néoplasme.

Observation XVI

Durieux Jules, 47 ans, artiste lyrique. Cancer du larynx. Marche rapide.
Père mort d'anévrysme.
Mère vivante. Pas d'antécédents strumeux.
Autopsie. — Pas de tubercules.

Observation XVII

Paul Lelong, 50 ans, menuisier. Cancer des lèvres.
Père mort de cancer d'estomac.

Mère vit encore.

Autopsie. — Quelques tubercules crus au sommet droit.

Observation XVIII

Kupler Désiré, 55 ans, emballeur. Cancer du pylore. Cachexie très avancée. Phlegmasie double. Péritonite cancéreuse.

Père mort à 50 ans d'un cancer d'estomac.

Mère vivant encore.

Autopsie. — Pas de lésions cardiaques, mais éruption de granulie dans les poumons, les méninges et les plèvres.

Observation XIX

Luber Julie, 50 ans, domestique. Cancer du sein.

Père inconnu.

Mère vivant encore. Hémiplégique.

Autopsie. — Pas de traces de tubercules.

Observation XX

Collier Lucien, 47 ans, chauffeur. Cancer du rectum. Mort par cachexie.

Père vivant.

Mère morte de pelvi-péritonite puerpérale à 30 ans.

Autopsie. — Insuffisance aortique. Pas de tubercules.

Observation XXI

Pompi Silas, 51 ans, infirmier. Cancer du pharynx avec extension au larynx. Mort par œdème de la glotte.

Père inconnu.

Mère inconnue.

Autopsie. — Pas de traces de tubercules.

Observation XXII

Lefrançois Nathalie 58 ans, domestique. Cancer du sein. Les ganglions du creux axillaire sont pris.

Père mort à 60 ans d'apoplexie cérébrale.

Mère octogénaire, deux frères vivant encore.

Aucun antécédent scrofuleux dans la famille.

Autopsie. — Squirrhe du sein droit. Plèvre prise. Pleurésie droite cancéreuse. Poumon sain. Légères adhérences à la base gauche, révélant une pleurésie aiguë ancienne. Pas de tubercules dans les méninges, ni les organes génitaux, ni dans aucun autre organe.

Observation XXIII

Muller Ernest, 45 ans, chaudronnier. Cancer du testicule gauche. Compression veineuse. Phlegmasie du membre abdominal gauche.

Père vivant encore, bien portant.

Mère morte en couche.

Autopsie. — Testicule gauche cancéreux, ganglions lombaires pris. Poumons sans tubercules. Aucun tubercule dans les autres viscères.

Observation XXIV

Dufour Théophile, tailleur. Cancer des lèvres. Mort cachectique.

Père mort de fièvre typhoïde à 30 ans.

Mère aliénée vivant encore.

Autopsie. — Noyaux cancéreux dans le poumon droit, et pleurésie hémorrhagique. Pas traces de tubercules.

Observavion XXV

Legrand Adolphe, cocher, 59 ans. Cancer de l'estomac (pylore). Arthritrisme très marqué. A eu quatre attaques de rhumatisme articulaire aigu. Insuffisance mitrale.

Père mort subitement à 50 ans, probablement cardiaque.

Mère vivant encore, ayant eu des phénomènes hystériques dans sa jeunesse.

A eu quatre enfants, l'un choréique, les trois autres n'ayant eu aucun symptôme ni arthritique, ni scrofuleux.

Autopsie. — Cancer secondaire du péritoine. Poumons sains, sauf le gauche qui présente à son sommet quelques tubercules crus. Prostate saine et indemne de tubercules. Pas de tubercules dans les autres organes.

Observation XXVI

Revillard Ernest, zingueur, 48 ans. Cancer du pylore. Épileptique.

Père mort d'un cancer de la langue.

Mère morte du choléra.

Autopsie. — Poumons absolument sains. Pas de tubercules dans les autres organes.

Observation XXVII

Gautier Joséphine, domestique, 28 ans. Cancer de l'utérus ayant évolué en sept mois après un accouchement. L'enfant vit bien.

Père alcoolique. Mort à 50 ans de delirium tremens.

Mère morte d'une opération de kyste ovarien.

Autopsie. — Poumons sains. Plèvre intacte.

Observation XXVIII

Tinard Paul, 60 ans, marchand des quatre saisons.
Cancer du sein. Mort après opération. Récidive.
Père mort d'un accident.
Mère morte à 25 ans d'une fièvre typhoïde.
Deux frères non scrofuleux, mais rhumatisants.
Autopsie. — Aucun tubercule dans les organes.

Observation XXIX

Léon Kersk, 53 ans, cordonnier. Cancer de l'œsophage. Retrécissement œsophagien. Syphilis.
Père mort à 40 ans de gangrène.
Mère vivant encore.
Un frère mort en bas âge de la scarlatine.
Autopsie. — Méninges injectées, rouges, mais sans tubercules. Poumons sains. Aucun tubercule dans les autres organes.

Observation XXX

Grégoire Célanie, 38 ans, ménagère. Cancer du col de l'utérus.
Père vivant encore.
Mère vivant aussi. Tous deux bien portants.
Trois frères et sœurs non scrofuleux.
Autopsie. — Cancer ayant envahi le vagin.
Pas de tubercules dans aucun organe.

Observation XXXI

Paul K...., 59 ans, portefaix. Cancer du rectum.
Père mort alcoolique.

Mère inconnue.

Autopsie. — Cancer secondaire de la vessie. Prostate grosse, ni cancéreuse ni tuberculeuse. Aucun tubercule dans les organes.

Observation XXXII

Jules Nerneuf, 45 ans, vernisseur. Cancer de l'arrière-bouche.

Père vivant.

Mère morte à 30 ans de cancer de l'utérus.

Pas d'antécédents scrofuleux dans la famille.

Deux fils vivants, l'un bien portant; l'autre de constitution très faible.

Autopsie. — Rien dans les poumons. Aucun tubercule dans les autres organes.

Observation XXXIII

Sophie Casey, 49 ans, couturière. Cancer de l'utérus.

Père diabétique.

Mère morte de hernie étranglée.

Pas de traces de scrofule.

Autopsie. — Cancer de la vessie et du rectum. Pas de traces de tubercules.

Observation XXXIV

Jules Manoury, 47 ans. Carcinome du sein.

Père mort de péritonite. Mère vivant encore. Arthritique.

Un frère mort d'érysipèle. Une sœur vivante et bien portante.

Pas d'accidents scrofuleux dans la famille. Pas d'antécédents personnels.

A l'autopsie. — Tubercules crus au sommet droit.

Observation XL

Casimir Lefrançois, 60 ans, cancer de la prostate.
Père mort de dysenterie au retour d'un voyage aux Indes.
Mère morte d'accidents goutteux, très probablement.
Un frère vivant, officier, très bien portant.
Pas d'accidents scrofuleux dans la famille.
Pas d'antécédents personnels, sauf une fièvre typhoïde à 25 ans.
A l'autopsie, pas de tubercules.

Observation XLI

Lucie Vallée, 38 ans, cancer utérin.
Père vivant, porteur aux halles.
Mère vivante et jouissant d'une excellente santé.
Pas de scrofule dans la famille.
Pas de tubercules à l'autopsie.

Les observations qui suivent n'ont pas été suivies d'autopsie, elles n'ont donc de valeur qu'au point de vue des antécédents.

Observation XLII

Blondel, Eugène, 62 ans, couvreur. Cancer du foie.
Pas d'antécédents héréditaires de scrofule.
Pas d'antécédents personnels, sauf du rhumatisme.

Observation XLIII

Sablon, Frédéric, 61 ans, cancer de l'estomac.
Père mort de méningo-encéphalite à la suite d'une fracture du crâne, n'avait jamais été malade.

Mère a succombé en couche.
Un frère marin.
Pas d'accidents de scrofule.

Observation XLIV.

Leblond, Marie, 59 ans. Cancer du sein.
Père mort d'accident; il jouissait d'une excellente santé.
Mère morte d'une péritonite consécutive à un accouchement.
Un frère vivant et bien portant.
Une fille morte du croup à 5 ans.
Pas d'accidents scrofuleux, ni héréditaires ni personnels.

Observation XLV.

Layet, Léonore, 62 ans. Ostéo-sarcome du fémur.
Père et mère inconnus.
Pas d'accidents scrofuleux dans le jeune âge.
Fièvre typhoïde à 32 ans, plusieurs accès de rhumatisme.

Observation XLVI.

Huet Martin, 72 ans. Cancer de l'estomac.
Père mort d'une affection cardiaque.
Mère morte épileptique.
Un frère bien portant. Pas de scrofule héréditaire, comme antécédents personnels une méningite à 10 ans.

Observation XLVII.

Touchet, Louise, 80 ans. Carcinome des ganglions cervicaux.
Père mort de maladie inconnue.

Mère morte de cancer du sein.
Un fils de la malade est mort de méningite à 8 ans.
Pas de scrofule dans la famille, pas d'antécédents personnels.

Observation XLVIII.

Fernet, Léon, 50 ans. Cancer de l'estomac et du foie.
Père inconnu.
Mère diabétique.
Un frère de la malade est mort d'hémorrhagie cérébrale.
Pas de scrofule héréditaire, pas d'antécédents personnels.

Observation IL

D..., Cyprien, 85 ans, cancer du testicule.
Père mort de paralysie.
Mère morte de cancer.
Un frère mort d'hémorrhagie cérébrale.
Une sœur vivante et atteinte d'affection cardiaque.
Pas de scrofule dans la famille.
Pas d'antécédents personnels.

Observation L

R..., Esther, pâtissière, 68 ans, cancer utérin.
Père mort d'eczéma, dit la malade.
Mère a succombé aux accidents d'une brûlure grave.
Une sœur, bien portante.
Pas d'accidents scrofuleux personnels.

Observation LI

J..., Léonce, 39 ans, cancer du creux axillaire.

Père vivant, hémiplégique.

Mère vivante, a eu des accidents probablement syphilitiques.

La malade a un fils marié et en excellente santé.

Pas de scrofule dans la famille.

Observation LII

L..., Léopold, 78 ans, cancer du testicule.

Père mort d'une maladie du cœur.

Mère aliénée, s'est suicidée.

Un fils de la malade a eu des accidents de rhumatisme.

Pas de scrofule héréditaire.

Observation LIII

M... Henri, 75 ans, corroyeur, cancer de la langue.

Père mort à la suite des accidents déterminés par un mal perforant.

Mère morte d'une maladie de la moelle épinière.

Un fils du malade a succombé à une maladie du foie.

Pas de scrofule héréditaire.

Observation LIV

Courty François, cancer du rectum, 59 ans.

Père vivant encore et bien portant.

Mère morte de fièvre typhoïde.

Un fils du malade est mort du scorbut aux Antilles.

Pas d'accidents héréditaires ni personnels de scrofule.

Observation LV

Costille Albert, 52 ans, chauffeur. Cancer du sein gauche.
Père mort de cancer de l'estomac.
Mère morte d'une affection utérine.
Pas de scrofule.

Observation LVI

Fannetti L. 80 ans, musicien. Epithélioma des lèvres.
Père et mère inconnus.
Pas d'accidents scrofuleux dans sa jeunesse.

Observation LVII

Talher Victor, 58 ans. Cancer du rein.
Père et mère morts du choléra.
Le malade ne se rappelle pas les avoir vus malades ; il n'a lui-jamais éprouvé même un léger malaise.

Observation LVIII

Léon Marie, carrossier, 47 ans. Cancer de l'estomac.
Père vivant et exerçant encore la profession de charpentier.
Mère hémiplégique.
Pas d'accidents personnels de scrofule.

Observation LIX

Duval Félix, 50 ans. Epithélioma des lèvres.
Père mort d'une affection rénale.

Mère morte de cancer du sein.
Un fils bien portant.
Pas de scrofule dans la famille.

Observation LX

Garceaux Léonard. Cancer de l'estomac, 38 ans.
Père vivant et bien portant.
Mère blanchisseuse, très nerveuse.
Le malade est épileptique, n'a jamais eu d'accidents scrofuleux.

Observation LXI

Fouque Léontine, 50 ans. Cancer du sein.
Père mort à la suite des accidents déterminés par une maladie de peau généralisée.
Une fille mariée bien portante.
Pas de traces de scrofule.

Observation LXII

Hamon Agathe, 37 ans. Carcinome du sein.
Père et mère vivants.
Deux sœurs très bien constituées.
Pas d'antécédents personnels ni héréditaires de scrofule.

Observation LXIII

Lecarrier Adolphe, menuisier, 60 ans. Cancer de la cuisse, probablement un ostéo-sarcome du fémur.
Père rhumatisant, cardiaque.
Mère morte d'hydropisie.
Deux enfants du malade sont morts de méningite.
Pas de traces de scrofule.

Observation LXIV

Kirsakie M., 43 ans. Cancer du pylore avec propagation au foie.
Père vivant et exerçant encore la profession de carrier.
Mère morte hémiplégique à l'âge de 69 ans.
Pas de scrofule.

Observation LXV

Lebidois Émile, imprimeur. Épithélioma de la face.
Père et mère inconnus.
Pas d'accidents scrofuleux dans le jeune âge.

Observation LXVI

Bonamy Henri, cultivateur, 60 ans. Cancer du rectum.
Père mort d'un phlegmon du bras, n'avait jamais été malade.
Mère morte d'une affection à la gorge.
Deux enfants très bien portants.

Observation LXVII

Mauny Émile, charretier, 50 ans. Cancer du testicule.
Père vivant, hydropique.
Mère morte de rhumatisme.
Une sœur mariée et en excellente santé.
Pas d'accidents scrofuleux personnels et héréditaires.

Observation LXVIII

Lebidois Charlemagne, 39 ans. Cancer du rectum.
Père alcoolique.

Mère cardiaque.
Comme antécédents personnels, la fièvre typhoïde.
Pas de scrofule.

Observation LXIX

Bazin Louise, 50 ans. Cancer de l'utérus.
Père et mère vivants, jouissant d'une santé excellente.
La malade a un frère âgé de 52 ans, atteint d'un cancer du larynx.
Pas d'antécédents personnels.

Observation LXX

Droesbeck marin, 42 ans. Carcinome du testicule.
Père, capitaine au long cours.
Mère morte d'érysipèle.
Une sœur aliénée.
Pas d'antécédents personnels, sauf la dysenterie.

Observation LXXI

Debierre Marie, blanchisseuse, 35 ans. Cancer utérin.
Père, tonnelier, très vigoureux.
Mère, blanchisseuse, arthritique.
Une sœur cardiaque.
Pas d'antécédents personnels.

Observation LXXII

Denise Félicie, 52 ans, ménagère. Cancer du sein. Pas d'antécédants héréditaires de scrofule.
Père mort d'accident.
Jamais d'accidents scrofuleux.

Observation LXXIII

Debon Anatole, 55 ans, agent de police. Epithélioma des lèvres.
Père mort à 82 ans, hémiplégique.
Mère morte du choléra.
Une sœur vivante, arthritique.
Pas d'antécédents personnels scrofuleux.

Observation LXXIV

Chinon Louis, 59 ans, épicier. Cancer de la langue.
Père vivant, santé excellente.
Mère morte de cancer du sein.
Le malade a un fils très bien portant.

Observation LXXV

Coffin Théodule, 48 ans. Cancer de la région inguinale.
Père rhumatisant.
Mère bien portante.
Pas d'accidents personnels de scrofule.

Observation LXXVI

Michel Léonard, cocher, 50 ans. Cancer de la face.
Père mort à 91 ans à la suite d'une chute.
Mère a succombé à des accidents puerpéraux.
Le malade a un fils, qui est militaire, et une fille arthritique à un très-haut degré.

Observation LXXVII

Lefrançois Isidore, musicien, 45 ans. Cancer de la nuque.
Père employé des chemins de fer, très-bien portant.

Mère morte d'angine couenneuse. Pas d'accidents personnels de scrofule.

Observation LXXVIII

Lemarchand F..., 72 ans. Cancer de la vessie.
Père inconnu.
Mère morte d'une affection utérine.
Deux frères vivants, bien portants.
Un fils mort à 20 ans, probablement diabétique.
Pas de scrofule.

Observation LXXIX

Aumont Jeanne, 82 ans. Cancer du sein.
Père et mère morts très âgés.
Pas d'antécédents personnels.

Observation LXXX

Delamare, 50 ans, journaliste. Cancer du testicule.
Père goutteux.
Mère atteinte d'une affection hépatique.
Pas de traces de scrofule.

Observation LXXXI

Halby Eugénie, 39 ans. Cancer du sein.
Père vivant, bonne santé.
Mère rhumatisante.
Trois frères bien portants.
Comme antécédents personnels, la rougeole.
Pas de scrofule.

Observation LXXXII

Dan François, 62 ans, grainetier. Épithélioma lingual.
Père et mère inconnus.
Une sœur vivante, cardiaque.
Comme antécédents personnels, fièvre typhoïde.

Observation LXXXIII

Leclerc Alphonsine, 32 ans. Cancer de l'utérus.
Père journalier, très-vigoureux.
Mère blanchisseuse, hydropique.
Pas d'accidents scrofuleux.

Observation LXXXIV

Bouet Léon, 50 ans, terrassier. Cancer de l'estomac.
Pas d'antécédents héréditaires de scrofule.

Observation LXXXV

Noël Clarisse, 45 ans. Cancer du sein.
Père vivant et jouissant d'une excellente santé.
Mère cardiaque.
Une sœur morte en couches.
Pas d'accidents personnels de scrofule.

Observation LXXXVI

Mignot Rosalie, 80 ans, ménagère. Cancer du sein.
Père mort à 30 ans d'une méningite.

Mère morte à 50 ans d'une maladie de l'estomac.
Une fille arthritique.
Pas de scrofule dans le jeune âge.

Observation LXXXVII

Lafont Juliette, 41 ans, journalière. Cancer utérin.
Père et mère vivants et bien portants.
La malade n'a jamais éprouvé de maladies sérieuses. En tous cas, pas de scrofule.

Observation LXXXVIII

Bonnet Grégoire, chaudronnier, 55 ans. Cancer de la vessie.
Père a succombé à la suite d'une opération chirurgicale.
Mère morte à 60 ans d'une hémorrhagie cérébrale.
Pas d'antécédents personnels.

Observation LXXXIX

Quentin Jules, paveur, 57 ans. Cancer du poumon et du foie.
Père mort herpétique.
Mère cancéreuse.
Un frère a succombé à une affection du testicule.
Comme antécédents personnels, affection mitrale.
Pas de scrofules.

Observation XC

Beslin, Jeanne, modiste, 50 ans. Cancer de l'utérus.
Père vivant, âgé de 70 ans. Hémiplégique.
Mère morte à 39 ans d'accidents du côté de l'abdomen, sur lesquels la malade ne peut donner aucun renseignement.

Deux frères : l'un mort d'accident, l'autre vivant et rhumatisant.
Pas de scrofule chez les ascendants.

Observation XCI

Le Marois, Nathalie, 53 ans, sans profession. Cancer de la langue avec extension aux organes voisins.

Père vivant, bien portant.

Mère morte d'une maladie de la moelle épinière.

Pas d'antécédents personnels.

Observation XCII

Vigier Marc, 39 ans, ouvrier mécanicien. Cancer du testicule.

Père vivant, paralytique.

Mère morte du choléra. Elle était rhumatisante.

Deux frères vivants et très bien portants.

Une sœur cardiaque.

Comme antécédents personnels : fièvre typhoïde, jamais d'accidents scrofuleux.

Observation XCIII

Brouillard, Marie, 58 ans, journalière. Cancer du sein.

Père a succombé à une maladie de cœur à l'âge de 81 ans.

Mère morte épileptique.

Une sœur est vivante, elle est très nerveuse.

Deux frères sont morts du croup.

La malade a eu deux enfants, ils sont vivants et vigoureux.

Pas d'antécédents personnels de scrofule. La malade est souvent atteinte d'accès de migraine.

Observation XCIV

Landry Emilie, sans profession, 61 ans. Cancer du sein.

Le père de la malade a succombé à une affection médullaire, à l'âge de 67 ans. Sa mère est morte de vieillesse après avoir joui d'une santé excellente, qui n'avait été troublée que par une fièvre intermittente, qui d'ailleurs, avait été très légère.

Frères et sœurs très-vigoureux ; un des frères est goutteux.

Comme antécédents personnels, la malade accuse : la rougeole à l'âge de 10 ans, la fièvre muqueuse à 22. Dans sa jeunesse elle n'a éprouvé aucun accident scrofuleux, de quelque nature qu'il soit.

Observation XCV

Letulle Célestin, 65 ans, sans profession. Cancer de l'estomac.

Père mort de cancer du sein.

Mère arthritique.

Deux sœurs sont mortes de méningite.

Comme antécédents personnels, des coliques hépatiques. Jamais d'accidents scrofuleux.

Nous avons donc observé 96 cas de cancer, et pas même une fois, nous n'avons rencontré d'antécédents héréditaires, de tuberculose, cependant nous avons examiné chaque malade avec le plus grand soin, nous l'avons interrogé sur ses antécédents, et souvent, comme nous l'avons déjà dit, nous avons pu vérifier ses assertions à ce sujet.

Sur ces 96 cas de cancer, 41 ont été suivis de l'examen anatomique, et six fois seulement on a trouvé des tubercules, tous à l'état de crudité.

En présence de faits semblables, nous croyons pouvoir avancer que le cancer ne se montre pas chez les sujets entachés du vice tuberculeux. Les observations qui ont été fournies par les adversaires de cette théorie sont toutes incomplètes et non suivies d'autopsie.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelle pouvait être la raison qui empêchait un tuberculeux de devenir cancéreux. Malheureusement il s'agit là d'une question fort difficile à élucider, on ne peut guère fournir que des théories.

Nous présenterons cependant un certain nombre de faits qui nous paraissent éclaircir ce point d'étiologie.

Tout d'abord nous devons rappeler qu'à part quelques rares exceptions d'épithélioma de la langue, de l'utérus, de l'estomac, etc., qui se développent quelquefois au-dessous de vingt-cinq ans, les autres tumeurs malignes, de quelque nature qu'elles soient, apparaissent généralement après trente ans.

Si l'on considère d'autre part que la tuberculose héréditaire emporte presque toujours ceux qui en sont atteints avant l'âge de trente ans, nous élucidons ainsi un premier point.

Pour ce qui est de la tuberculose acquise, nous rappellerons qu'elle présente ordinairement une marche assez rapide, que les cas les mieux avérés de contagion qu'on connaisse sont dus à la cohabitation dans les premières années du mariage et que par conséquent elle enlève souvent les sujets avant qu'ils aient atteint l'âge du cancer, ce qui justifie encore notre argument du début.

Il reste donc à expliquer comment des sujets atteints

de tuberculose acquise à un âge avancé de leur vie, échappent au cancer.

On connaît aujourd'hui la vigueur des familles cancéreuses, c'est là un fait d'observation qui n'échappe à personne.

Pourquoi ne pas opposer cette diathèse qui se manifeste par des néoplasmes et par des proliférations aux diathèses caractérisées au contraire par des pertes de substance, et parmi celles-ci la tuberculose tient le premier rang.

Il paraît fort difficile de comprendre comment lorsque l'organisme tout entier est détérioré, affaibli par des suppurations, par des pertes organiques, telles que des cavernes pulmonaires, il pourrait donner naissance à des néoplasmes, c'est-à-dire à des productions supplémentaires de tissus nouveaux qui ne seraient pas destinés à remplacer les vides produits par les foyers caséeux.

Les néoplasmes peuvent, il est vrai, amener la destruction des organes ; mais alors les parties détruites sont remplacées par le tissu morbide ayant atteint un degré plus ou moins avancé d'organisation. Les pertes de substance que l'on observe dans les tumeurs résultent la plupart du temps de formations kystiques ; quelquefois des éléments en excès meurent sur place, mais il n'y a là rien de comparable à la marche des tubercules qui amènent une destruction rapide et fatale des tissus normaux et pathologiques. On peut donc en envisageant les choses de cette manière, comprendre comment la diathèse cancéreuse, marquée par une production de tissus nouveaux, ne pourra pas chez un même individu coïncider avec la diathèse tuberculeuse qui aboutit rapidement à des lésions fatalement ulcéreuses, et

l'on peut dire ainsi que la diathèse tuberculeuse s'oppose anx manifestations de la diathèse cancéreuse.

Nous nous résumerons en disant avec M. le professeur Verneuil que le cancer est un fleuron pathologique, qui manque à la couronne des tuberculeux.

CHAPITRE III

DE L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES CANCÉREUX

Si le cancer ne se développe pas chez les tuberculeux, en raison des diverses causes que nous avons énumérées dans le précédent chapitre, la tuberculose, au contraire, atteint, quoique bien plus rarement qu'on ne l'a prétendu, les cancéreux. Nous avons déjà dit que Lebert, en effet, considérait le fait comme rare. Brinton, selon nous, s'est exagéré la fréquence des cas de coïncidence. Dans son traité des maladies de l'estomac, il dit : « Si on étudie avec soin l'état du poumon dans une série de cas de cancers de l'estomac, il faudra admettre l'une ou l'autre alternative, ou bien admettre, avec Rokitansky, que ces deux maladies sont exclusives l'une de l'autre, ou bien (ce qui est une conclusion non moins étrange) qu'il existe entre elles un rapport de cause à effet qui n'a jamais été prouvé. La coïncidence de ces deux maladies est trop fréquente pour ne pas nous imposer l'une ou l'autre de ces explications ». Nous nous expliquons cependant jusqu'à un certain point l'opinion de Brinton. S'il a vu beaucoup de coïncidences cela tient tout simplement à ce que ses observations portaient sur des cas de cancer de l'estomac, et on sait qu'avec celui de l'œsophage c'est celui que l'on rencontre le plus souvent accompagné de tubercules. M. Croizet prétend que la fréquence de la phthisie, chez les cancéreux,

n'est pas plus grande qu'elle ne l'est chez les personnes du même âge qui ne sont pas atteintes de cancer.

Broca, Cruveilhier, Lebert et tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, s'accordent tous pour dire que si la tuberculose est rare chez les cancéreux, il faut en rechercher la cause dans l'âge des malades, la tuberculose ayant déjà immolé la plupart de ses victimes à l'âge où le cancer frappe les siennes.

Nous avons déjà dit que M. Damaschino ne pense pas qu'il n'y ait qu'une simple coïncidence entre le tubercule et le cancer.

M. Stewart, ayant rencontré 11 cas authentiques de tubercules pulmonaires récents, chercha à en donner une explication. Il ne voit dans cette coïncidence autre chose que l'influence cachectisante du cancer ; il voit dans le cancer une cause de débilitation puissante, mais ne pouvant produire le tubercule que comme l'eussent pu faire la mauvaise hygiène, la scrofule ou toute autre cause analogue. C'est là une idée que nous adoptons sans restriction, nous la développerons plus loin.

Une autre raison encore nous explique la rareté de l'évolution tuberculeuse chez les phthisiques. En effet, la prédisposition à la tuberculose diminue avec les années et le cancer n'atteint ordinairement que les individus d'un certain âge et jusqu'alors bien portants.

Il existe encore une autre explication qui, croyons-nous, a bien sa valeur. La diathèse cancéreuse évolue en général assez rapidement, tue assez fréquemment avant d'avoir amené un état de détérioration suffisant pour permettre le développement des tubercules. Beaucoup

d'auteurs ont en effet remarqué que la coïncidence du tubercule pulmonaire et du cancer est une chose fréquente quand les sujets ont longtemps souffert et que leurs fonctions ont déchu sous l'influence de la cachexie néoplasique.

M. Burdel (de Vierzon) admet, lui, un rapport de cause à effet. Le cancer pourrait se transformer en tubercules dans le poumon et cette transformation se ferait sur l'individu lui-même ou sur ses ascendants.

Le cancer ferait place à une nouvelle diathèse qui règnerait ensuite sans partage et achèverait encore plus vite la ruine de l'individu et de la famille. Ce n'est pas assez, ajoute encore M. Burdel, de dire que le cancer transmet le cancer, le cancer produit le tubercule en nature.

Nous croyons que la doctrine de M. Burdel est fausse, qu'elle est en contradiction absolue avec les faits que l'on constate journellement ; les cancers ne donnent jamais naissance par métastase qu'à des éléments tout à fait analogues. Comment admettre la production directe du tubercule par le cancer ? D'ailleurs cette opinion de M. Burdel a été combattue dès le jour où elle a été présentée devant l'Académie de médecine par M. Vigla. Son opinion n'a pas changé depuis, en 1879, encore, il comparait le cancer à un tronc d'où partent des branches terminales dans l'extrémité desquelles réapparaît le cancer quelquefois, mais le plus souvent se terminant en tubercules.

M. Burdel a vu juste, mais il a mal interprété les faits. Selon nous, le cancer ne se transforme pas directement en tubercules, bien que la tuberculose soit la diathèse vers laquelle tend sans cesse à aboutir le cancer. Nous admet-

tons, et nous discuterons le fait dans un instant, qu'un sujet cancéreux et devenu cachectique procrée des enfants débiles et disposés à être la proie du tubercule.

M. Burdel a voulu prouver par des expériences la vérité des opinions qu'il émettait, il essaya d'inoculer du cancer à des lapins, pour voir s'il se développerait chez eux du tubercule. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé et qu'il avoue de bonne foi : « les produits histologiques obtenus ressemblent à s'y méprendre à de la substance tuberculeuse, au premier abord ; mais, avec beaucoup d'attention, on ne reconnaît que des abcès multiples plus ou moins concrets ; à leucocythes répandus dans la plèvre et dans les vaisseaux lymphatiques.

Wirchow, Langenbeck, Weber, Billroth, ont fait les mêmes expériences, mais ils sont arrivés à des conclusions plus logiques et parfaitement admissibles. Ils ont inoculé des produits cancéreux dans les poumons d'animaux, et ils ont obtenu des amas de granulations qu'ils regardent comme cancéreuses.

Il doit en être de même chez l'homme. Nous admettons, nous, que toute maladie générale chronique, en entravant le travail nutritif, et en exagérant, d'autre part, la déperdition organique, favorise le développement de la tuberculose. Comme le dit M. Peter, on ne devient pas malade parce qu'on est tuberculeux, on devient tuberculeux parce qu'on est déjà malade. Le tubercule est l'expression matérielle d'une déchéance de l'être, et cette déchéance survient par le fait des troubles de la nutrition ; c'est-à-dire toutes les fois que la nutrition est viciée, la tuberculisation est possible.

L'organisme est une machine qui s'use et se répare sans cesse et spontanément. La réparation est proportionnelle aux matériaux d'apport et aux forces qui les utilisent ; il en suit que la nutrition peut être troublée soit par défaut de qualité ou de quantité des matériaux, soit par langueur des forces réparatrices ou forces plastiques. Des exemples multiples sont là pour en attester l'exactitude.

D'un autre côté, on connaît l'état d'affaiblissement extrême, de cachexie, de déchéance dans lequel tombent les cancéreux, pourquoi ne pas admettre alors que le tubercule se développe chez eux parce que la nutrition est entravée, que l'organisme n'a plus la résistance suffisante pour contrebalancer l'action profondément débilitante du néoplasme ?

Un fait qui a été constaté par tous les cliniciens et qui prouve en faveur de notre manière de voir est le suivant. La tuberculisation pulmonaire est surtout fréquente chez les individus atteint de cancer des voies digestives et particulièrement de l'œsophage. Dans ce cas, en effet, la déviation de la nutrition se fait bien plus vite que dans celui où le cancer siège dans un autre appareil, car à l'action cachectisante spéciale au néoplasme s'ajoute l'obstacle à l'introduction des aliments. Behier, Gallard ont rapporté plusieurs observations de ce genre. Dans quatre cas de rétrécissement de l'œsophage, cicatriciels ou cancéreux, j'ai trouvé chaque fois des tubercules dans les poumons, dit M. Peter. Lebert a signalé des faits analogues, il en a été vivement impressionné, comme en témoigne le passage significatif suivant : « Nous avons été extrêmement frappé

de la fréquente coïncidence des tubercules pulmonaires avec le cancer de l'œsophage. »

Doit-on penser que ce soit parce qu'il y avait cancer de l'œsophage, ou parce que, du fait du cancer, celui-ci était rétréci, que la tuberculisation s'est dévleoppée ?

Pour résoudre cette face du problème, il suffit d'analyser les cas où le cancer affecte des organes dont la lésion ne porte pas une atteinte directe à la nutrition, le cancer du sein, par exemple. Or, on trouve dans le même livre de Lebert, pour trente cas de cancer de la mamelle, deux faits seulement de coïncidence de tubercules pulmonaires ; c'est-à-dire que la coïncidence n'existait que dans 1/17 des cas tandis qu'il l'avait constatée dans plus de la moitié des cas de cancer de l'œsophage (5 fois sur 9).

Ce n'est pas tout, continue M. Péter. Le cancer de l'utérus, qui impressionne déjà l'organisme plus que celui du sein (bien que, dans l'un comme dans l'autre cas, il s'agisse seulement d'organes nécessaires à la conservation de l'espèce et non pas à celle de l'individu), le cancer de l'utérus a, 8 fois sur 45 cas, c'est-à-dire dans un peu moins de 1/6 des cas, été accompagné de tubercules pulmonaires récents.

En un mot, le cancer détermine des adultérations chimiques multiples dans l'organisme sur lequel il s'implante, des altérations *totius substantiæ* qui font d'un milieu impropre hier, un terrain tout disposé aux germinations infectieuses. Voilà pourquoi ce cancéreux devient tuberculeux.

A l'appui de notre thèse, nous allons citer plusieurs observations qui démontrent que la tuberculose s'est mon-

trée chez des individus cachectisés par le cancer et dont l'organisme n'avait plus aucune résistance.

Observation I

Lemonnier Léontine, 57 ans, couturière.

Le père a succombé à une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 30 ans, il était alcoolique. La mère après avoir joui d'une excellente santé jusqu'à 40 ans fut atteinte d'un eczéma du cuir chevelu qui résista à tous les moyens de traitement usités en pareil cas. Elle mourut 5 ans plus tard, à la suite d'une fracture du col du fémur.

Notre malade a deux frères, l'un âgé de 50 ans, vigoureux, n'ayant jamais été malade. L'autre plus jeune de trois années a eu la fièvre typhoïde il y a quinze ans. C'est la seule affection qu'il ait éprouvée.

Comme antécédents personnels nous ne trouvons absolument rien, pas de mal d'yeux dans le jeune âge. La malade dit n'avoir jamais eu même un léger malaise.

Elle s'est mariée à 22 ans, elle a trois enfants tous jouissant d'une santé florissante.

Il y a deux ans, elle ressentit des troubles du côté de l'estomac, digestions difficiles, flatulence, renvois acides, pyrosis, etc., plus tard elle vomit du sang noir. Une douleur assez vive se montra au niveau du creux épigastrique.

Cinq mois plus tard, la palpation faisait facilement reconnaître au même niveau une tumeur dure et irrégulière. Malgré cet état grave, la malade conserva un état général satisfaisant pendant une année. Puis elle perdit ses forces, elle maigrit, en un mot elle se cachectisa rapidement. Elle eut des accidents thoraciques, qui révélèrent le début de la tuberculose.

La malade mourut à la suite d'une hématémèse abondante.

L'autopsie révéla un cancer de l'estomac avec propagation au foie.

Le poumon droit était criblé de tubercules crus. Au sommet gauche il y avait une petite caverne à loger le bout du doigt.

Observation II

L..., Lepeltier, 52 ans, cancer du rectum.

Le père du malade mourut à la suite d'une opération nécessitée par un cancer du cou. La mère est morte d'apoplexie cérébrale. Le malade à deux frères et une sœur, les premiers sont bien portants et n'ont jamais eu dans leur jeunesse, des symptômes de scrofule. D'ailleurs, ils sont mariés et ont des enfants vigoureux. La sœur est épileptique.

Lepeltier n'a pas d'antécédents personnels, sauf la rougeole. Il est marié et n'a pas d'enfants.

En 1880, il éprouva des troubles du côté des voies digestives. Les selles deviennent rares, les matières étaient dures et la défécation assez douloureuse. Il eut des alternatives de diarrhée et de constipation.

Un peu plus tard, il éprouva une sensation de pesanteur dans le petit bassin et de la gêne au fondement en dehors des selles. Celles-ci s'accompagnèrent de sang, enfin, le malade eut une constipation opiniâtre, elle ne cédait qu'à des purgatifs répétés, qui bientôt n'eurent plus aucune influence.

Au toucher, on trouve un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum, le doigt ne pénètre qu'avec peine, cette introduction est très douloureuse et fait pousser des cris au malade, elle s'accompagne de l'écoulement d'un liquide sanguinolent.

A la vue, on constate une ulcération circulaire de l'anus, elle est entourée de bords durs et irréguliers, peu élevés. La couleur de l'ulcération est d'un rouge foncé.

Deux mois plus tard, la region anale est envahie par le néoplasme. Les ganglions de l'aîne ont augmenté notablement de volume.

Peu à peu, l'état général qui était resté relativement bon, subit une atteinte sérieuse. Le malade marche vite vers la cachexie. Les pou-

mons deviennent le siège de lésions qui indiquent manifestement la présence de tubercules.

Le malade meurt dans un état d'affaiblissement profond.

A l'autopsie, on trouve un cancer du rectum ayant envahi les régions voisines. Les poumons et le péritoine étaient criblés de tubercules crus.

Ces deux observations nous ont été fournies par notre excellent ami Latouche, interne des hôpitaux.

Observation III.

Cancer mélanique du foie. Tubercules pulmonaires. Cette observation a été publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (Année 1879).

Le nommé Veyrat, âgé de 36 ans, ébéniste, entre le 30 avril 1879, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Éloi, dans le service de M. Fernet.

Le malade raconte qu'au mois de novembre, il a fait une chute sur le côté droit, qu'au mois de janvier suivant il a éprouvé quelques douleurs à la hanche et au genou droit, douleurs qui ont persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il y a environ 12 jours seulement que les jambes ont commencé à enfler, la gauche d'abord. En 5 ou 6 heures l'enflure se serait étendue des chevilles aux genoux, depuis elle aurait peu à peu gagné les racines du membre inférieur. Le ventre et les bourses ne sont œdématiées que depuis 5 ou 6 jours.

La marche augmente beaucoup l'enflure des jambes.

Depuis 4 à 5 jours le malade éprouve de plus une douleur au côté gauche de la poitrine, tousse un peu et crache blanc.

Il n'a eu ni frisson ni battements de cœur. Avant l'apparition de l'œdème le malade avait remarqué depuis le commencement de mars un amaigrissement notable ; il avait cependant continué son travail jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Au premier abord on est frappé du contraste qui existe entre le haut et le bas du corps.

Tandis que la face est maigre, tirée, d'un aspect cachectique, tandis que les bras sont émaciés, et que les côtes forment des reliefs accusés, le ventre a pris un développement énorme et les jambes sont très-œdématiées. L'œdème occupe les membres inférieurs dans toute leur étendue, les bourses et la paroi abdominale.

Sur les flancs et aux lombes, œdème blanc, mou. Le ventre très distendu est surtout ballonné ; il y a une sonorité très-étendue, puis un son hydraérique sur les côtés, la matité et la fluctuation plus bas encore. En somme, le volume excessif du ventre semble dû bien plus aux gaz qu'aux liquides intra-abdominaux.

Le foie est gros, déborde un peu le rebord costal. Sa surface paraît lisse. La rate est à peine reconnue par la percussion. Le pouls est petit, régulier, un peu mou. Pas de fièvre. La langue, blanchâtre, tremblotte un peu ; l'appétit est bon, la soif vive ; pas d'envies de vomir, pas de coliques, selles régulières.

Toux rare, crachats blancs et mousseux. Douleur persistante sur la ligne axillaire, tout le côté gauche en avant est manifestement affaissé et en arrière on trouve une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire.

La pointe du cœur bat au quatrième espace intercostal. Il y a un souffle systolique très net.

Les urines très foncées sont d'un brun presque noir ; elles ne contiennent pas d'albumine ; il y a un disque d'acide urique. Pas de rhumatisme ni d'alcoolisme.

Notons de plus que le malade a un œil de moins ; l'œil gauche a été énucléé, il y a quelques années, à la suite d'un traumatisme, s'il faut en croire le malade.

2 mai. — Le malade accuse d'assez vives douleurs à la hanche et au genou droits ; il a une douleur à la région précordiale que rien n'explique.

3 mai. — Épistaxis peu abondante.

4 mai. — Constipation depuis son entrée à l'hôpital. Eau-de-vie allemande, 15 grammes.

5 mai. — 12 selles environ après la purgation ; le ventre plus distendu a la peau lisse, luisante, l'œdème des jambes n'est pas diminué.

7 mai. — Depuis deux ou trois jours, les urines sont devenues encore plus foncées. On ne trouve que des traces de bile par le chloroforme et l'acide azotique.

8 mai. — L'œdème des bourses et des jambes augmente ; la malade maigrit sensiblement du haut du corps et perd l'appétit, 4 ou 5 selles diarrhéiques avec coliques. Urines noires.

9 mai. — Douleurs persistantes au côté gauche du thorax. Rien de particulier dans le poumon, ni au cœur.

13 mai. — Un demi litre d'urine noire, pas de traces bien nettes de bile. L'œdème remonte jusqu'à l'aisselle. Le ventre très distendu contient peu de liquide ; on pratique sur les jambes des mouchetures.

15 mai. — En déprimant la paroi abdominale à l'épigastre on tombe sur le foie ; on sent quelques saillies marronnées séparées par des sillons.

16 mai. — La cachexie fait des progrès de jour en jour ; le malade expectore avec difficulté des crachats muco-purulents.

17 mai. — Le bras droit est œdématié, le ventre semble moins tendu ; la matité est toujours limitée aux flancs. Le foie est senti un peu mieux.

19 mai. — Nouvelles mouchetures sur les jambes qui donnent un suintement considérable. Les urines toujours noires donnent un dépôt briqueté de couleur rosée.

21 mai. — Le malade de plus en plus émacié meurt dans le coma.

Autopsie. — La cavité abdominale contient huit à dix litres de liquide citrin. L'estomac et les intestins très distendus par le gaz sont sains. Le péritoine ne présente pas de traces d'inflammation. L'hypocondre droit et l'épigastre sont remplis par le foie très volumineux ; il est peu déformé etc...

A la coupe on voit ce gros foie (il pèse plus de 5 kilogs), comme fourré de truffes, etc.

Les poumons portent au sommet un noyau de sclérose, gros comme une noix, où sur un fond gris noirâtre paraissent des concrétions miliaires ou lenticulaires caséeuses ou crétacées. Il y a de plus quelques tubercules gris miliaires. Le reste des poumons est sain. A gauche sur la ligne axillaire, il existe quelques adhérences intimes du poumon à la paroi thoracique et au diaphragme. Le cœur est petit; les muscles papillaires et les tendons sont raccourcis et portent les traces d'une ancienne endocardite, il y a de plus un épaississement du bord libre des valvules de l'orifice mitral.

Les os crâniens, les méninges et le cerveau sont sains.

Observation IV

Recueillie dans le service de M. le professeur Hardy par M. Jollet, externe.

Le nommé Torte François, âgé de 46 ans, gantier, est entré le 16 février à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans d'une hernie étranglée. — Mère morte à 83 ans, après un court séjour au lit.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu avant le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital aucune maladie; si ce n'est une blennorrhagie à 18 ans.

La santé générale est bonne ; le malade avait bon appétit et digérait fort bien. Il nie l'alcoolisme, mais avait assez fréquemment des rêves professionnels et des pituites le matin.

Il y a 18 mois environ, bien qu'en conservant son appétit, sans dégoût pour les aliments azotés, il s'aperçut que la digestion se faisait moins bien ; sans avoir de véritables douleurs, il éprouvait après les repas un sentiment de pesanteur à l'épigastre.

Jamais de vomissements, ni bilieux ni alimentaires, à cette époque.

Un médecin qu'il alla consulter, lui conseilla de prendre du vin

de quinquina et un peu d'aloès pour stimuler son appétit. Ce traitement aurait un peu amélioré son état et la digestion se serait mieux faite.

Il était, à ce moment, pris quelquefois la nuit de fringales qui l'obligeaient à se lever pour manger, et le repos ensuite se faisait bien. Il ne vomissait pas. Cependant les phénomènes gastriques s'accentuèrent et ne firent qu'aller en s'aggravant.

Il y a trois mois et demi environ, il vit, le soir, ses malléoles œdématiées. Cet œdème disparaissait par le repos de la nuit pour apparaître de nouveau le lendemain, sa profession l'obligeant à se tenir debout, toute la journée. Depuis cette époque l'œdème augmenta en même temps qu'un affaiblissement général. Le malade commença à avoir pour le pain et la viande une répulsion marquée; il ne pouvait manger que des œufs ou du poisson.

Il y a deux mois il fut pris de vomissements, qui lui parurent bizarres. A ce moment il ne mangeait rien ou presque rien et il lui arrivait de rendre des matières noirâtres qu'il compare à du chocolat. Il ne rendait jamais de bile, mais très souvent, dit-il, sa bouche se remplissait d'eau qu'il rejetait facilement et qui avait une saveur aigre ; après quoi il était un peu soulagé. Jamais de vomissements de sang.

A partir de cette époque l'alimentation devint difficile ; le malade maigrit rapidement, se cachectisa à tel point qu'il put à peine sortir de son lit. Il eut alors chaque fois qu'il tenta de prendre quelque chose des vomissements alimentaires.

Le lait, le bouillon et tous les liquides passaient bien. Quand il pouvait absorber de la viande il arrivait à la digérer, mais les légumes quelle que soit leur nature, étaient toujours rendus. Souvent constipation.

Voyant son état empirer de jour en jour et ne pouvant plus travailler, il se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Le malade est très amaigri. Il présente une teinte jaune pâle caractéristique. Les membres inférieurs sont œdématiés.

Pas de douleur à la région épigastrique, ni dans le dos. L'estomac est très dilaté.

Vomissements de matières glaireuses. Pas de vomissements bilieux ; quelquefois vomissements alimentaires après le repas.

La palpation et la percussion de l'estomac ne sont pas douloureuses. On ne perçoit à la palpation aucune tumeur, et si, en pratiquant le lavage on vient à remplir complètement l'estomac de liquides, on le délimite très bien, mais on ne sent ni tumeur ni empâtement. La dilatation stomacale donne plutôt du tympanisme à la percussion.

Souffle systolique intense à la pointe du cœur.

19 février. — A six heures du soir, vomissements abondants de matières noirâtres.

20 février. — Le repos absolu au lit a fait disparaître l'œdème qui existe cependant encore à la partie interne des cuisses. Le sommeil a presque disparu.

Lavages alcalins de l'estomac.

Depuis ces lavages, l'appétit a reparu et le malade mangerait, dit-il, si on ne le maintenait pas au régime.

La langue est légèrement saburrale.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

10 mars. — Le malade tousse fréquemment sans expectoration. On ne constate rien d'anormal dans la poitrine. Pas de vomissements, seulement il survient quelquefois des glaires pendant la nuit.

Diarrhée persistante ; le malade a en moyenne trois selles dans les vingt-quatre heures.

12 mars. — Sommeil difficile ; la cachexie s'accentue, le malade tousse beaucoup.

25 mars. — Les lavages de l'estomac sont suspendus depuis deux jours. Amaigrissement notable ; les téguments sont très pâles. La palpation dénote au niveau de la région épigastrique un plan résistant, dur, inégal, légèrement douloureux, absolument indépendant du foie. Pas d'ictère.

La toux est fréquente ; l'expectoration est peu abondante.

28 mars. — Cachexie plus accusée. Le malade se plaint de nausées qui le fatiguent beaucoup.

1er avril. — La cachexie s'accentue, la teinte jaune paille est très prononcée.

Le malade prend comme traitement du vin de quinquina et une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigr. et comme nourriture du lait et quelques potages.

3 avril. — Le malade est plus affaibli que de coutume ; il répond avec peine aux questions qu'on lui fait. Il se sent beaucoup plus fatigué depuis hier ; l'œdème se généralise. Sensation de chaleur et même de brûlure à l'estomac.

4 avril. — Meilleure nuit que de coutume.

6 avril. — Mort à 6 heures du matin.

Autopsie. — Cancer de l'estomac avec quelque granulations cancéreuses dans le foie. Le sommet des poumons était le siège de tubercule en voie de ramollissement.

Voilà donc quatre cas où l'individu était manifestement cancéreux avant de devenir tuberculeux. Quelle est donc la cause que l'on peut invoquer pour expliquer l'apparition de cette tuberculose, si ce n'est la débilitation de l'organisme produite par le cancer, débilitation qui a fourni au germe tuberculeux un terrain favorable pour son évolution.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose et le cancer peuvent coexister sur le même sujet ; c'est là un fait acquis aujourd'hui ; l'opinion d'auteurs les plus compétents, de nombreuses observations en font foi.

II. —Le cancer ne se développe pas chez un individu entaché de tuberculose. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires directs de tubercule chez les cancéreux.

III. — Le tubercule se montre quelquefois chez les cancéreux, principalement quand le cancer siège sur les voies digestives ; mais alors c'est un tubercule acquis, apparaissant chez un individu cachectique dont l'organisme est moins capable de résistance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Burdel (de Vierzon). — Relation héréditaire du cancer et de la tuberculose. Bulletin de l'Académie de médecine, mai 1870.

Bezzozero. — 1874.

Broca. — Mémoire de l'Académie de médecine. Tome XVI, p. 691-94.

Bayle. — Phthisie pulmonaire, p. 214.

Bayle. — Recherches sur la phthisie cancéreuse, p. 315.

Béhier. — Conférences cliniques, p. 86.

Brinton. — Maladies de l'estomac, p. 293.

Baumès. — Précis des diathèses, p. 101-102.

Barth. — Cliniques.

Bazin. — Cliniques.

Croizet. — Tuberculose et cancer. Thèse de Paris, 1875.

Chauffard. — Discussion sur la tuberculose. Bulletin de l'Académie de médecine, 1867. Tome XXXII, p. 1160.

Constantin Paul. — De l'antagonisme. Thèse d'agrégation 1866.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique. Tome V.

Damaschino. — Étiologie de la tuberculose. Thèse d'agrégation.

Diettrich.

Gueneau de Mussy. — Clinique.

Goin.

Graves. — Traduction Jaccoud. Tome II, p. 159.

Heurtaux. — Dictionnaire de médecine.

Hardy. — Clinique.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses, p. 90.

Lebert. — Bulletin anatomique, 1850.

Le Goupils. — Thèse de Paris, 1882.

Laveran. — Dictionnaire Dechambre.

Moore C.

Monneret. — Pathologie générale.

Peter. — De la tuberculisation générale, 1866.
Peter. — Cliniques médicales.
Perroud.
Paget.
Picard. — Phthisie cancéreuse. Thèse de Paris, 1875.
Rokitansky.
Sokolonsky.
Stewars. — Méd. chirurg. transactions, 1853, 1856.
Villemain. — Bulletin de l'Académie. Tome XXXI, 1865 et tome XXXII, 1856

Imprimerie A. Derenne, Mayenne. — Paris, boul. St-Michel, 52.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des articulations du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur; application à l'hygiène.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine; leur préparation, leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides; leur division; des araignées et des scorpions; quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme?

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par sacchârolés? Comment les divise-t-on? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme, avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu par le Président de la thèse,
VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.